GUTACHTEN DES INSTITUTS FÜR RECHTSMEDIZIN ZU KUNSTFEHLERVERFAHREN AUS DEN JAHREN 1950 BIS 1975

Renate Neumaier

1979

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 268177

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. W. Spann

GUTACHTEN DES INSTITUTS FÜR RECHTSMEDIZIN ZU KUNSTFEHLERVERFAHREN AUS DEN JAHREN 1950 BIS 1975

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

RENATE NEUMAIER

aus München

München 1979

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. E. Liebhardt
Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. W. Spann
Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung: 18. Mai 1979

UNIV. LEIDEN BIBL.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
Gegenstand der Untersuchung und Material	8
Methode	9
Tabellen und Übersichten	15
Ergebnis	40
Diskussion	47
Zusammenfassung	52
Literaturverzeichnis	57

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535722_0060

Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zu der sehr aktuellen Kunstfehlerproblematik.
Da die ganze Thematik äußerst vielschichtig und umfassend ist, kann diese Arbeit - im Rahmen des vom Institut für Rechtsmedizin der Universität München zur Verfügung gestellten Gutachtenmaterials - lediglich ein Versuch sein, einige Teilaspekte des Problems ärztlicher Kunstfehler zu beleuchten.

Der Begriff "Kunstfehler" ist in der Literatur umstritten. Zunächst wird unter dem Begriff Kunstfehler, der sich ableitet aus den "leges artis", den "Regeln der (ärztlichen) Kunst", allgemein nach W. Spann und E. Liebhardt[1] "ein Verstoß gegen die von Wissenschaft und Praxis anerkannten und zur Zeit des Eingriffs gültigen Regeln und Erkenntnisse der ärztlichen Kunst in Diagnose, Therapie etc." verstanden.

---

1) W. Spann und E. Liebhardt, in: W. Schwerd, Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin, Abschnitt "Ärztliche Rechts- und Standeskunde", Köln-Lövenich 1975

Ein erster Einwand gegen den Begriff Kunstfehler geht dahin, daß im neueren Sprachgebrauch die ärztliche Wissenschaft nicht mehr als Kunst begriffen wird[1].

B. Mueller[2] und W. Wachsmuth[3] betrachten den Begriff Kunstfehler als überflüssig bzw. als unbrauchbar und wollen ihn stattdessen durch den Begriff "Fahrlässigkeit" ersetzt haben.

Eine wohl sehr frühe Definition des Begriffs Kunstfehler geht auf R. Virchow[4] zurück, der ihn als "Verstoß gegen die allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst infolge eines Mangels an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht" erklärt.

---

1) Vgl. L. Schleyer, Grundsätze der straf- und zivilrechtlichen Haftung des Arztes, in: Neue Zeitung ärztlicher Fortbildung, Nr. 48, 1959,
und H.-L. Schreiber, Abschied vom Begriff des ärztlichen Kunstfehlers, in: Der medizinische Sachverständige, Nr. 4, 1976

2) B. Mueller, und K. Walcker, Gerichtliche und soziale Medizin, München-Berlin 1944, zitiert nach W. Spann, Rechts- und Standesfragen des Arztes, München 1962, sowie nach E. Seidler, Die leges artis und die Heilkunde, in: Der medizinische Sachverständige, Nr. 4, 1976

3) W. Wachsmuth, Zur Begriffsbestimmung und Problematik des sog. Kunstfehlers, in: Der Krankenhausarzt, Heft 9, 1975

4) R. Virchow, Kunstfehler der Ärzte, Ges. Abhandlungen auf dem Gebiet der öffentlichen Medizin, Band II, Berlin 1879

Eb. Schmidt[1] versteht den Begriff Kunstfehler dagegen "zunächst ohne jede Wirkung". Im gleichen Sinn steht bei P. Bockelmann[2]: "Es gibt Verstöße gegen die Regeln der Kunst, die keine Sorgfaltspflichtverletzung darstellen".
W. Spann[3] möchte den Begriff Kunstfehler vermeiden und umschreibt ihn mit "fehlender lex artis", welches er gleichsetzt mit "Außerachtlassung der gebotenen Sorgfalt".

Aus diesen verschiedenen Auffassungen geht hervor, daß für die rechtliche Fragestellung der Begriff Kunstfehler wenig hilfreich ist, da im Einzelfall für die ärztliche Haftung entscheidend ist, ob ein Arzt sorgfaltswidrig bzw. fahrlässig gehandelt hat und der Begriff Kunstfehler für sich allein hierüber noch keine Aussage beinhaltet. Anders ausgedrückt ist für die straf- oder zivilrechtliche Beurteilung eines ärztlichen Verschuldens nicht allein das Vorliegen eines Handelns gegen die Regeln der ärztlichen Kunst von Bedeutung, sondern eine mit dem ärztlichen Handeln verbundene Fahrlässigkeit oder Sorgfaltspflichtverletzung.

---

1) Eb. Schmidt, Der Arzt im Strafrecht, in: Ponsold, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 2. Auflage, Stuttgart 1957

2) P. Bockelmann, Das Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968

3) W. Spann, Rechts- und Standesfragen des Arztes, München 1962

Nach geltendem Recht fällt auch der ärztliche Heileingriff unter § 223 Abs. 1 des Strafgesetzbuches und stellt somit eine fahrlässige Körperverletzung dar. Die Rechtmäßigkeit einer solchen Körperverletzung ist nur gegeben bei bestehender medizinischer Indikation des Eingriffs, "kunstgerechter" Ausführung des Eingriffs und Einwilligung des Patienten.
Entsprechend findet auch § 222 StGB Anwendung: "Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft".

Im folgenden soll nun kurz auf den Unterschied des Fahrlässigkeitsbegriffs im Strafrecht im Vergleich zum zivilrechtlichen Fahrlässigkeitsbegriff eingegangen werden.

Im Strafrecht ist der Begriff der Fahrlässigkeit durch höchstrichterliche Rechtsprechung festgelegt, und zwar liegt nach der vom Reichsgericht entwickelten und heute noch gültigen Definition Fahrlässigkeit dann vor, "wenn der Täter die Sorgfalt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichtet und imstande war, außer acht gelassen und infolgedessen entweder den Erfolg, den er bei Anwendung pflichtgemäßer Sorgfalt hätte voraussehen können, nicht vorhergesehen oder den Eintritt des Erfolges zwar für möglich gehalten, aber darauf vertraut hat, er werde nicht eintreten"[1].

---

1) RGSt Band 67, S. 12, nach W. Spann, Rechts- und Standesfragen des Ärztes, aaO.

Diese Definition stammt aus dem allgemeinen Strafrecht und hat für jedermann, auch für den Arzt, Gültigkeit.

Zivilrechtlich handelt dagegen fahrlässig, "wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt, zu der er nach den besonderen Umständen des Falles verpflichtet ist, außer acht läßt" (§ 276 Abs. 1 BGB).

Während das Strafrecht mehr die individuellen Fähigkeiten und Kenntnisse des einzelnen und die besondere Situation berücksichtigt, erfolgt die Beurteilung des Beschuldigten im Zivilrecht nach einem objektivierten Maßstab, gemessen etwa an den Anforderungen, die an einen gewissenhaften Durchschnittsarzt gestellt würden.
Damit befindet sich der Beschuldigte nach dem Zivilrecht in einer ungünstigeren Ausgangslage.

Unterschiede auf den beiden Rechtsgebieten gibt es auch hinsichtlich des Nachweises des sogenannten Ursachenzusammenhangs.
Im Zivilrecht wird nach der sogenannten Adäquanz-Theorie beurteilt. Sie besagt: Ursache und Wirkung müssen einander adäquat sein. Das heißt, es gilt dasjenige Ereignis als Ursache für den eingetretenen Erfolg (Schaden), das nach allgemeiner Lebenserfahrung typischerweise geeignet war, den Schaden zu setzen. Eine Verkettung unglücklicher Umstände allein würde noch keine Haftung für den Schaden begründen.

Im Strafrecht gilt dagegen die sogenannte Bedingungstheorie (conditio sine qua non). Das heißt, es wird jede Bedingung

als Ursache für den Erfolg (Schaden) gewertet, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne daß damit zugleich auch der Erfolg (Schaden) entfiele, wobei unterschiedliche Bedingungen gleich gewertet werden (Äquivalenz-Theorie).

Diese enge Kausalverknüpfung, wie sie im Strafprozeß erforderlich ist, kann in sehr vielen Fällen gerade im medizinisch-biologischen Bereich, nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit oder mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden, z. B. weil der Schaden durch ein Ereignis eintrat, das unerwartet völlig außerhalb der Ursachen-Folge-Beziehung lag, wie sich aufgrund einer Obduktion etwa herausstellen kann.

Überhaupt gelten im Strafrecht härteste Beweisanforderungen gegen den Beschuldigten[1] und es ist auch, im Gegensatz zum Zivilrecht, keine Beweislastumkehr möglich, bei der der Beschuldigte den Nachweis für seine Erklärungen führen muß. Auch für ein Verschulden Dritter, z. B. von Hilfskräften, kann ein Arzt strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht werden, es sei denn, daß er durch mangelnde Sorgfalt bei der Auswahl, Anleitung oder Überwachung der Hilfskräfte deren Verschulden mit herbeigeführt hat[2].

---

1) Vgl. W. Spann und E. Liebhardt, in: W. Schwerd, Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin, aaO.

2) Vgl. W. Spann, Rechts- und Standesfragen des Arztes, aaO.

Durch diese Unterschiede in den Beurteilungsgrundlagen in Straf- und Zivilrecht, welche hier nur äußerst knapp umrissen wurden, wird auch deutlich, weshalb es - neben den bestehenden Schwierigkeiten der Beurteilung einer zweifelsfreien Schuld des ärztlichen Handelns durch medizinische Sachverständige - sehr viel seltener zu einer strafrechtlichen Verurteilung eines Arztes kommt, als zu Verurteilungen zum Schadensersatz in Zivilstreitfällen, welche im allgemeinen den weitaus größeren Raum gerichtlicher Auseinandersetzungen wegen Kunstfehler[1] einnehmen.

---

[1] Vgl. W. Uhlenbruck, Die Haftung des Arztes aus strafrechtlicher Sicht, in: Der medizinische Sachverständige, Nr. 4, 1976

Gegenstand der Untersuchung und Material

Die USA sind Vorreiter für viele gesellschaftliche Entwicklungen bei uns, und seit einigen Jahren zeigt sich dort ein hoher Anstieg von Kunstfehlerklagen.
Da sich auch bei uns eine solche Tendenz abzuzeichnen scheint, sollte es Gegenstand dieser Untersuchung sein, anhand von Gutachtenmaterial des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München eine möglicherweise ähnliche Entwicklung bei uns aufzuzeigen.
Darüberhinaus sollte herausgefunden werden

a) welche Fachgebiete und
b) welche Krankenhäuser mit welcher Häufigkeit - laut Gutachten - von Kunstfehlerklagen betroffen waren,
c) ob Klagen wegen Verdacht auf fahrlässige Körperverletzung zunehmend zu verzeichnen waren,
d) mit welcher Häufigkeit die Gutachter zu welchen Beurteilungen gelangten und
e) in wievielen Fällen mehrere Gutachten, ggf. auch spezielle Fachgutachten, erforderlich waren.

Die Gutachten entstammen einem Zeitraum von 26 Jahren (1. 1. 1950 bis 31. 12. 1975).
Sie wurden für Straf- und Zivilgerichte in Bayern erstellt und sollten der Urteilsfindung bzw. zur Klärung der Frage dienen, ob ein Verschulden von Ärzten oder anderer in Heil- und Heilhilfsberufen Tätiger vorgelegen habe.

Insgesamt handelt es sich um 221 Gutachten.

Methode

Zur Auswertung der Gutachten für eine beschreibende Statistik wurde ein Erhebungsbogen angelegt und damit folgende Daten jedes Gutachtens erfaßt:

a) Gericht und Aktennummer des Gutachtens
b) Verlauf des Ereignisses in Stichworten
c) Fachgebiet, auf welchem der beschuldigte Arzt tätig war oder Beruf des Beschuldigten
d) Kategorie des Krankenhauses, falls der Beschuldigte an einem Krankenhaus tätig war
e) Beurteilung der Handlung des Beschuldigten
f) Zahl der eventuell insgesamt benötigten Gutachten zu einem Fall.

Bei der Auswertung der Gutachten ergaben sich gelegentlich Schwierigkeiten bei der Bestimmung des Fachgebiets eines beschuldigten Arztes, da hierüber keine präzisen Angaben in den Gutachten gemacht sind. Sie wären lediglich dem jeweiligen Gerichtsakt zu entnehmen gewesen, dessen Kenntnis der Inhalt des Gutachtens eigentlich voraussetzte. Diese Gerichtsakten standen aber für diese Untersuchung nicht zur Verfügung. Da jedoch eine Aufschlüsselung des Fallmaterials nach den Fachrichtungen der beschuldigten Ärzte nicht uninteressant zu werden versprach, sollte versucht werden, aus den vorhandenen Angaben im Gutachten Rückschlüsse zu ziehen auf das Fachgebiet des beschuldigten Arztes. In einigen Fällen wurde dabei auch nach der Wahrscheinlichkeit verfahren, beispielsweise bei der Frage, ob die Impfung eines Kleinkindes von einem praktischen Arzt oder von einem Kinderarzt durchgeführt worden war.

Hatte es sich dabei um einen Arzt in einer größeren Stadt gehandelt, wurde er zu den Kinderärzten gerechnet, während im gleichen Fall ein Arzt auf dem Lande zu den praktischen Ärzten gezählt wurde.
Auch bei einem am Krankenhaus tätigen Arzt war die Bestimmung der Fachrichtung nicht einfach. Es mußte auch hier aus dem im Gutachten beschriebenen Sachverhalt, wie z. B. Art der Verletzung, Behandlung, Diagnose usw., auf das mögliche Fachgebiet des beschuldigten Arztes geschlossen werden. Dabei muß es sich bei dem beschuldigten Arzt nicht notwendigerweise um einen Facharzt gehandelt haben, da zwar eine Fachabteilung verantwortlich von einem Facharzt geleitet wird, aber nicht jeder in der Fachabteilung tätige Arzt unbedingt Facharzt ist. Es wird daher in den Fällen, in denen der beschuldigte Arzt in einem Krankenhaus tätig ist, statt von "Fachärzten" von "Fachgebieten" die Rede sein.

Die Methode hinsichtlich der Aufschlüsselung des Fallmaterials nach den verschiedenen Fachgebieten kann sich also n i c h t auf exakte Angaben in den Gutachten stützen und muß sich daher den Vorwurf der Nichtnachprüfbarkeit gefallen lassen!

Für die Bestimmung der Krankenhäuser, wie Kreiskrankenhäuser, Städtische Krankenhäuser usw., waren den Gutachten in den meisten Fällen genaue Angaben zu entnehmen. In vielen Fällen jedoch war das Krankenhaus im Gutachten nicht näher bezeichnet, sondern nur mit "Krankenhaus in X".

Hier brachte das "Verzeichnis der Krankenhäuser in Bayern"[1] auch nur teilweise Hilfe, denn oft war nicht nur ein einziges Krankenhaus am Ort X verzeichnet, so daß dann nicht festgestellt werden konnte, um welches der Krankenhäuser es sich gehandelt haben könnte. In Tabelle 7, S. 26, wurden diese Fälle unter der Rubrik "Nicht näher bestimmbare Krankenhäuser" zusammengefaßt.

Nach der Auswertung der Gutachten mit dem dafür angelegten Erhebungsbogen wurde für die spätere Erstellung von Häufigkeitstabellen und Übersichten mit einer Strichliste weitergearbeitet, und zwar wurde zunächst ausgezählt, wieviele Gutachten in jedem Jahr des untersuchten Zeitraums - 1950 bis 1975 - im Institut für Rechtsmedizin angefallen waren. Tabelle 1, S. 15, Abb. 1, S. 16.
In gleicher Weise wurde ausgezählt, mit welcher Häufigkeit die verschiedenen ärztlichen Fachgebiete (unter dem erwähnten Vorbehalt!) bzw. andere medizinische Berufe betroffen waren. Tabellen 2 und 3, S. 17 und 18.

---

1) "Verzeichnis der Krankenhäuser in Bayern" des Bayerischen Statistischen Landesamtes

Um nun einen Eindruck von dem Verhältnis der beschuldigten Ärzte eines bestimmten Fachgebiets zur Gesamtzahl der Ärzte dieses Fachgebiets zu erhalten, wurde aus einer Statistik des Bayerischen Statistischen Landesamtes[1] die durchschnittliche Zahl von Ärzten einer Fachrichtung pro Jahr - über den Zeitraum 1950 bis 1975 - errechnet und der gefundenen durchschnittlichen Zahl b e s c h u l d i g t e r Ärzte einer Fachrichtung - pro Jahr - gegenübergestellt und das Verhältnis in Prozent ausgedrückt. Tabellen 4 und 4 a, S. 19 und 20.

Zu diesen beiden Tabellen wäre zu sagen, daß eine Aufteilung zwischen den freipraktizierenden und den am Krankenhaus tätigen Ärzten zunächst nicht sinnvoll erschien, weil damit das vorhandene Zahlenmaterial noch weiter reduziert wurde. Da z. B. jedoch im Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde die freipraktizierenden Ärzte die am Krankenhaus tätigen Ärzte überwiegen[2], andererseits aber im Untersuchungsergebnis die beschuldigten HNO-Ärzte, welche am Krankenhaus tätig sind, gegenüber den freipraktizierenden in der Mehrzahl sind, würde das Ergebnis des prozentualen Verhältnisses verfälscht, wenn man beide Gruppen, nämlich freipraktizierende und am Krankenhaus tätige Ärzte grundsätzlich zusammenfassen würde.

---

1) "Jahresgesundheitsbericht" des Bayerischen Statistischen Landesamtes. Auszug auf Tabellen 6 bis 6 c, S. 22 bis 25.

2) Vgl. "Jahresgesundheitsbericht" des Bayer. Statistischen Landesamtes, Tabellen 6 und 6 b, S. 22 und 23.

In der verwendeten Statistik des Bayerischen Statistischen Landesamtes sind Ärzte im staatlichen gewerbeärztlichen Dienst, im Sozialversicherungs- und Versorgungswesen, in der Bundeswehr usw. nur zusammengefaßt ausgewiesen, weshalb die o. a. Prozentzahlen für die Ärzte, die unter diese Oberbegriffe fallen, wie Amtsarzt, Sanitätsoffizier, Ärzte in Justizvollzugsanstalten und Badearzt, nicht errechnet werden konnten.
Der "Notarzt" aus Tabelle 2, S. 17, wurde aus Tabelle 4, S. 19, ausgeklammert, weil seine Zuordnung zu einem bestimmten Fachgebiet willkürlich erfolgen müßte, da grundsätzlich für den ärztlichen Notdienst Ärzte mehrerer Fachrichtungen in Frage kämen.

Für Medizinalassistenten, Krankenschwestern, Hebammen und Heilpraktiker wurden o. a. Prozentzahlen der Vollständigkeit halber ebenfalls errechnet. Tabelle 5, S. 21.

Alle Fälle, in denen ein Beschuldigter an einem Krankenhaus tätig war, wurden auf die hinsichtlich ihrer Träger verschiedenen Krankenhäuser, wie Kreiskrankenhäuser, Städtische Krankenhäuser usw., verteilt. Tabelle 7, S. 26. Außerdem wurden in Tabelle 8, S. 27, die jeweiligen Bettenzahlen der verschiedenen Krankenhäuser[1] den Fallzahlen gegenübergestellt.

---

[1] Aus dem "Verzeichnis der Krankenhäuser in Bayern" des Bayerischen Statistischen Landesamtes entnommen

Eine Antwort auf die Frage, ob die Schwere des in Verdacht stehenden Delikts - als Ursache der Kunstfehlerklagen - in den letzten Jahren des untersuchten Zeitraums zu- oder abgenommen habe, versuchen Tabelle 11, S. 28 und Abb. 3, S. 29, zu geben. Der Gesamtzahl der Fälle eines jeden Jahres (= Anzahl der Gutachten) wurde die Zahl der Fälle mit Verdacht auf fahrlässige Tötung gegenübergestellt und in Prozent ausgedrückt.

In der Übersicht auf Seite 30 diente als Kriterium für die Beurteilung der Fälle die aus der Zusammenfassung des Gutachtens zum Teil wörtlich übernommene Formulierung des Gutachters. Es ist ersichtlich, mit welcher Häufigkeit die Gutachter zu welchem Ergebnis gekommen waren.

In vielen Fällen wurden vom Institut für Rechtsmedizin mehrere Gutachten erstellt und spezielle Fachgutachten erforderlich; in wievielen Fällen zeigt Tabelle 10, S. 32. Tabelle 12, S. 33, zeigt zusätzlich, wie oft ein, zwei oder mehrere Gutachten vom Institut für Rechtsmedizin bzw. Fachgutachten zu einem Fall erforderlich waren.

Tabelle 11, S. 32 und Tabelle 12, S. 33, zusammengefaßt ergeben Tabelle 13, S. 34. Auf diese Weise ist eine Verteilung der sogenannten weiteren Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin, zusätzlich Fachgutachten, auf die verschiedenen Beurteilungen der Gutachter ersichtlich. Ferner gibt der Quotient Gutachtenzahl/Fallzahl wieder, welchen Beurteilungen die höchsten Gutachtenzahlen zuzuordnen sind.

Tabelle 1

Anzahl der Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin zu Kunstfehlerverfahren in den Jahren 1950 bis 1975

1950	7		
1951	5		
1952	2		
1953	3		
1954	2		
1955	4		
1956	4		
1957	6		
1958	9		
1959	8		
1960	10	60	
1961	7		
1962	3		
1963	9		
1964	3		
1965	8		
1966	7		
1967	2		
1968	3		
1969	1		
1970	8	51	111
1971	15		
1972	20		
1973	18		
1974	21		
1975	36		110
Gesamtzahl			221

Abb. 1

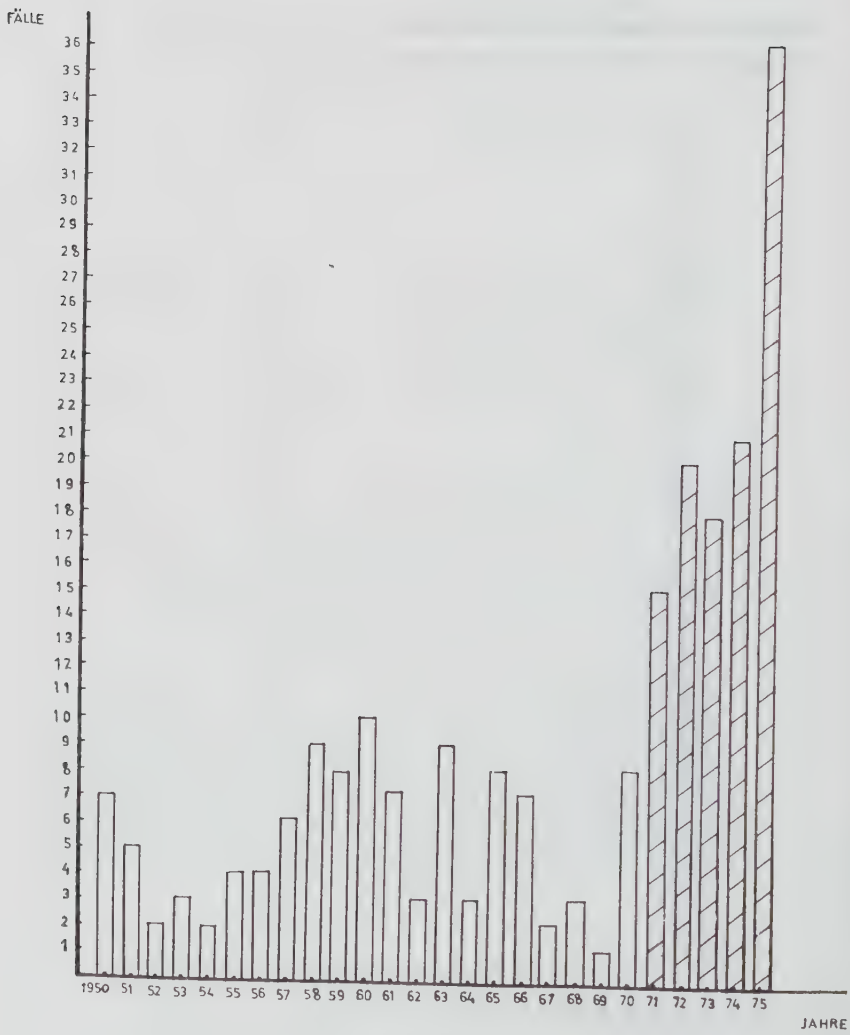
FÄLLE
36
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
1950 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75
JAHRE

Tabelle 2

Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Fachgebiete und auf die Berufe der nichtärztlichen Angeklagten

Praktische Ärzte	44
Chirurgie	41
Innere Medizin	35
Gynäkologie	28
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	17
Pädiatrie	16
Anästhesie	6
Neurologie, Neurochir., Psychiatrie	4
Urologie	3
Radiologie	3
Ärzte in Justizvollzugsanstalten	3
Zahnärzte	3
Orthopädie	2
Amtsarzt	1
Dermatologie	1
Badearzt	1
Sanitätsoffizier	1
"Notarzt"	1
Arzt, Fachgebiet unbestimmbar	1
Medizinalassistent	1
Krankenschwestern	6
Heilpraktiker	2
Hebamme	1
Gesamtzahl	221

Tabelle 3

Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Fachgebiete unter Anführung der niedergelassenen Ärzte

		davon niedergelassene Ärzte
Praktische Ärzte	44	44
Chirurgie	41	1
Innere Medizin	35	-
Gynäkologie	28	-
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	17	3
Pädiatrie	16	6
Anästhesie	6	-
Neurologie	4	-
Urologie	3	-
Radiologie	3	1
Zahnärzte	3	3
Ärzte in Justizvollzugsanstalten	3	-
Orthopädie	2	-
Dermatologie	1	-
Amtsarzt	1	-
Badearzt	1	-
Sanitätsoffizier	1	-
"Notarzt"	1	-
Arzt, Fachgebiet unbestimmbar	1	-

Tabelle 4

Verhältnis der im Krankenhaus tätigen beschuldigten Ärzte eines Fachgebiets zur Gesamtzahl der im Krankenhaus tätigen Ärzte eines Fachgebiets in Prozent

Fachgebiet	Fälle[1]	beschuldigte Ärzte, Jahresdurchschnitt, von 1950 - 1975	Gesamtzahl[2] Ärzte, Jahresdurchschnitt, von 1950 - 1975	Verhältnis beschuldigter Ärzte z. Gesamtzahl in Prozent
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	0,54	36	1,5 %
Gynäkologie	28	1,08	116	0,93 %
Urologie	3	0,12	28	0,43 %
Anästhesie	6	0,23	56	0,41 %
Chirurgie	40	1,54	420	0,37 %
Pädiatrie	10	0,38	108	0,35 %
Innere Med.	35	1,34	411	0,33 %
Orthopädie	2	0,08	40	0,2 %
Dermatologie	1	0,04	29	0,14 %
Radiologie	2	0,08	65	0,12 %
Neurologie Neurochir., Psychiatrie	4	0,15	151	0,10 %
Prakt. Ärzte	44	1,69	5585	0,03 %
Medizinalass.	1	0,04	785	0,005 %
Zahnärzte	3	0,12	5179	0,002 %

1) Zahl der am Krankenhaus tätigen Ärzte, vgl. Differenz Gesamtzahl beschuldigter Ärzte und Zahl niedergelassener Ärzte

2) Vgl. Tabelle 6 und 6 a

Tabelle 4 a

Verhältnis der beschuldigten Ärzte eines Fachgebiets in freier Praxis zur Gesamtzahl der Ärzte dieses Fachgebiets in freier Praxis

Fachärzte	Fälle[1]	beschuldigte Ärzte, Jahresdurchschnitt, von 1950 - 1975	Gesamtzahl[2] Ärzte, Jahresdurchschnitt, von 1950 - 1975	Verhältnis beschuldigter Ärzte zur Gesamtzahl in Prozent
Kinderärzte	6	0,23	260	0,09 %
HNO-Ärzte	3	0,11	271	0,04 %
Prakt.Ärzte	44	1,69	5585	0,03 %
Radiologen	1	0,03	126	0,02 %
Chirurgen	1	0,04	289	0,01 %
Zahnärzte	3	0,12	5179	0,002 %

---

1) Vgl. Tabelle 3, S. 18, Zahlen der beschuldigten niedergelassenen Ärzte

2) Vgl. Tabelle 6b, S. 24, Jahresdurchschnitt niedergelassener Ärzte bestimmter Fachrichtungen

Tabelle 5

Verhältnis der nichtärztlichen Beschuldigten zur Gesamtzahl der in den genannten Berufen Tätigen

Beruf	Fälle[1]	Anzahl der Beschuldigten im Jahresdurchschnitt von 1950 - 1975	Gesamtzahl der Berufsausübenden, Jahresdurchschnitt von 1950 - 1975[2]	Verhältnis der Beschuldigten zur Gesamtzahl in Prozent
Heilpraktiker	2	0,08	470	0,02 %
Hebammen	1	0,04	1629	0,002 %
Krankenschwestern	6	0,23	15702	0,001 %

---

1) Vgl. Tabelle 2, S. 17

2) Vgl. Tabelle 6c, S. 25

Tabelle 6

Auszug von Zahlen am Krankenhaus tätiger Ärzte bestimmter Fachrichtungen aus dem "Jahresgesundheitsbericht" des Bayerischen Statistischen Landesamtes

Jahr	Chirurgie	Innere Medizin	Gynäkologie	HNO	Pädiatrie	Anästhesie
1950	163	98	30	10	25	-
1951	145	102	39	12	25	-
1952	189	112	41	15	38	-
1953	198	121	39	14	35	-
1954	217	140	50	15	49	-
1955	254	148	50	23	51	-
1956	245	164	56	19	44	-
1957	276	195	64	18	50	-
1958	284	215	70	23	61	-
1959	311	246	76	24	70	5
1960	337	264	70	21	90	8
1961	383	339	79	26	97	13
1962	401	372	87	44	119	18
1963	417	390	98	38	98	17
1964	445	416	103	34	102	18
1965	447	450	111	35	122	30
1966	466	501	129	43	133	38
1967	521	521	150	44	131	52
1968	616	651	186	58	160	78
1969	593	690	193	55	161	88
1970	598	712	186	56	167	101
1971	622	737	190	57	168	136
1972	659	835	202	59	183	141
1973	658	793	200	52	180	175
1974	721	922	251	70	219	239
1975	750	1016	266	70	230	278
D[1)]	420	411	116	36	108	56

1) D bedeutet durchschnittliche Anzahl von Ärzten pro Jahr im Zeitraum 1950 bis 1975

Tabelle 6 a

Auszug von Zahlen am Krankenhaus tätiger Ärzte bestimmter Fachrichtungen aus dem "Jahresgesundheitsbericht" des Bayerischen Statistischen Landesamtes

Jahr	Neurologie	Radiologie	Urologie	Orthopädie	Dermatologie	Medizinalassistenten [1]
1950	76	18	7	13	27	- [2]
1951	79	22	7	21	21	- [2]
1952	78	18	8	19	32	500
1953	81	19	8	20	18	231
1954	83	24	9	18	17	90
1955	108	28	9	24	17	71
1956	114	34	10	21	15	83
1957	104	33	14	29	23	168
1958	109	45	13	35	20	329
1959	110	47	11	32	24	454
1960	138	37	10	22	19	600
1961	153	41	15	25	22	620
1962	155	43	17	26	32	751
1963	159	50	21	31	27	860
1964	169	52	24	32	24	933
1965	168	57	27	40	24	1179
1966	184	60	30	42	25	1356
1967	176	63	31	46	29	1487
1968	200	102	37	51	31	1564
1969	199	89	36	50	40	1451
1970	232	104	52	50	51	1052
1971	241	110	51	66	38	950
1972	212	119	63	81	48	963
1973	218	137	63	78	46	897
1974	276	175	72	83	43	923
1975	255	160	77	86	46	1329
D [3]	151	65	28	40	29	785

[1] In den Jahren 1950 bis 1958 sind Medizinalassistenten und sog. Pflichtassistenten zusammengefaßt (vgl.Prüfungsordnung)

[2] In den Jahren 1950 und 1951 liegen hier keine Zahlen im "Jahresgesundheitsbericht" vor.

[3] D bedeutet durchschnittliche Anzahl von Ärzten pro Jahr, im Zeitraum 1950 bis 1975.

Tabelle 6 b

Auszug der Zahlen für niedergelassene Ärzte bestimmter Fachrichtungen aus dem "Jahresgesundheitsbericht" des Bayerischen Statistischen Landesamtes

Jahr	Prakt. Ärzte	Zahn-ärzte	Chirur-gen	HNO-Ärzte	Kinder-ärzte	Radiolo-gen
1950	5644	4937	363	239	190	79
1951	5659	5030	358	237	205	81
1952	5792	5196	385	258	227	93
1953	5805	5289	330	243	213	77
1954	5732	5211	316	249	216	86
1955	5774	5347	294	249	218	87
1956	5741	5310	299	258	229	89
1957	5705	5376	289	265	232	93
1958	5664	4523	300	268	247	94
1959	5626	5446	293	270	254	103
1960	5670	5503	293	273	262	113
1961	5705	5672	286	285	272	126
1962	5729	5699	277	290	274	140
1963	5729	5640	263	287	277	141
1964	5656	5614	262	284	284	144
1965	5606	5571	244	284	277	138
1966	5566	5542	251	287	283	143
1967	5432	5426	266	296	283	153
1968	5439	5393	273	290	298	153
1969	5391	5331	261	298	320	159
1970	5357	5331	267	351	331	157
1971	5407	5329	268	315	342	164
1972	5320	5374	295	326	337	167
1973	5312	5268	266	308	379	169
1974	5420	5350	265	388	408	172
1975	5340	5382	262	235	432	167
D[1]	5585	5179	289	271	260	126

1) D bedeutet durchschnittliche Anzahl niedergelassener Ärzte pro Jahr, im Zeitraum 1950 bis 1975

Tabelle 6c

Auszug der Zahlen für Heilpraktiker, Krankenschwestern und Hebammen aus dem "Jahresgesundheitsbericht" des Bayerischen Statistischen Landesamtes

Jahr	Heilpraktiker	Krankenschwestern	Hebammen
1950	410	16073	2302
1951	418	14620	2223
1952	445	15266	2207
1953	425	13963	2116
1954	435	13310	2053
1955	426	13606	2002
1956	349	15100	1951
1957	437	15108	1920
1958	422	15910	1848
1959	465	13668	1775
1960	469	13717	1723
1961	450	13689	1681
1962	438	14210	1628
1963	438	14346	1590
1964	445	14542	1553
1965	443	15003	1530
1966	446	15200	1487
1967	452	15586	1430
1968	464	15941	1371
1969	500	16153	1309
1970	500	16763	1231
1971	514	17554	1201
1972	529	17804	1145
1973	585	19036	1091
1974	649	20287	1028
1975	669	21802	962
D[1)]	470	15702	1629

1) D bedeutet durchschnittliche Anzahl pro Jahr im Zeitraum 1950 bis 1975

Tabelle 7

Aufschlüsselung des Fallmaterials nach den verschiedenen Krankenhäusern unter Anführung ihrer jeweiligen Träger [1]

Krankenhäuser	Träger	Fälle
Städtische Krankenhäuser	die Stadt	44
Kreiskrankenhäuser	der Kreis	30
Private Krankenhäuser	Private	23
Universitätskliniken	das Land	23
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	kirchliche o. weltliche Vereinigungen	12
Krankenhäuser in Justizvollzugsanstalten	das Land	4
Bezirkskrankenhäuser	der Bezirk	3
Versorgungskrankenhäuser	das Land	1
Zweckverbandskrankenhaus	Krankenhaushauszweckverband d. Ortes	1
Knappschaftskrankenhaus	Bundesknappschaft	1
nicht näher bestimmbare Krankenhäuser		12

1) Nach dem "Verzeichnis der Krankenhäuser in Bayern" des Bayerischen Statistischen Landesamtes

Tabelle 8

Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Krankenhäuser unter Beziehung auf deren Bettenzahl

Krankenhäuser	Fälle	Anzahl der Betten	Betten pro Fall
Private Krankenhäuser	23	3038	132
Krankenhäuser in Justizvollzugsanstalten	4	577	144
Freie gemeinnützige Krankenhäuser	12	2601	217
Kreiskrankenhäuser	30	7113	237
Universitätskliniken	23	13685	595
Städtische Krankenhäuser	44	31109	707
Bezirkskrankenhäuser [1]	3	8700	2900

1) Es handelt sich dreimal um ein und dasselbe Krankenhaus.

Tabelle 9

Übersicht über die Anzahl der Fälle mit Verdacht auf fahrlässige Tötung, bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle, in den einzelnen Jahren, in Prozent

Jahr	Fälle insges. [1]	Fälle mit Verdacht auf fahrlässige Körperverletzung	in %	Fälle mit Verdacht auf fahrlässige Tötung	in %
1950	7	5	71 %	2	29 %
1951	5	1	20 %	4	80 %
1952	2	1	50 %	1	50 %
1953	3	2	67 %	1	33 %
1954	2	-	-	2	100 %
1955	4	-	-	4	100 %
1956	4	1	25 %	3	75 %
1957	6	1	17 %	5	83 %
1958	9	1	11 %	8	89 %
1959	8	1	13 %	7	87 %
1960	10	-	-	10	100 %
1961	7	2	29 %	5	71 %
1962	3	-	-	3	100 %
1963	9	1	11 %	8	89 %
1964	3	-	-	3	100 %
1965	8	-	-	8	100 %
1966	7	-	-	7	100 %
1967	2	-	-	2	100 %
1968	3	-	-	3	100 %
1969	1	-	-	1	100 %
1970	8	-	-	8	100 %
1971	15	-	-	15	100 %
1972	20	3	15 %	17	85 %
1973	18	3	17 %	15	83 %
1974	21	2	10 %	19	90 %
1975	36	3	8 %	33	92 %

[1] Vgl. Tabelle 1, S. 15

Abb. 3

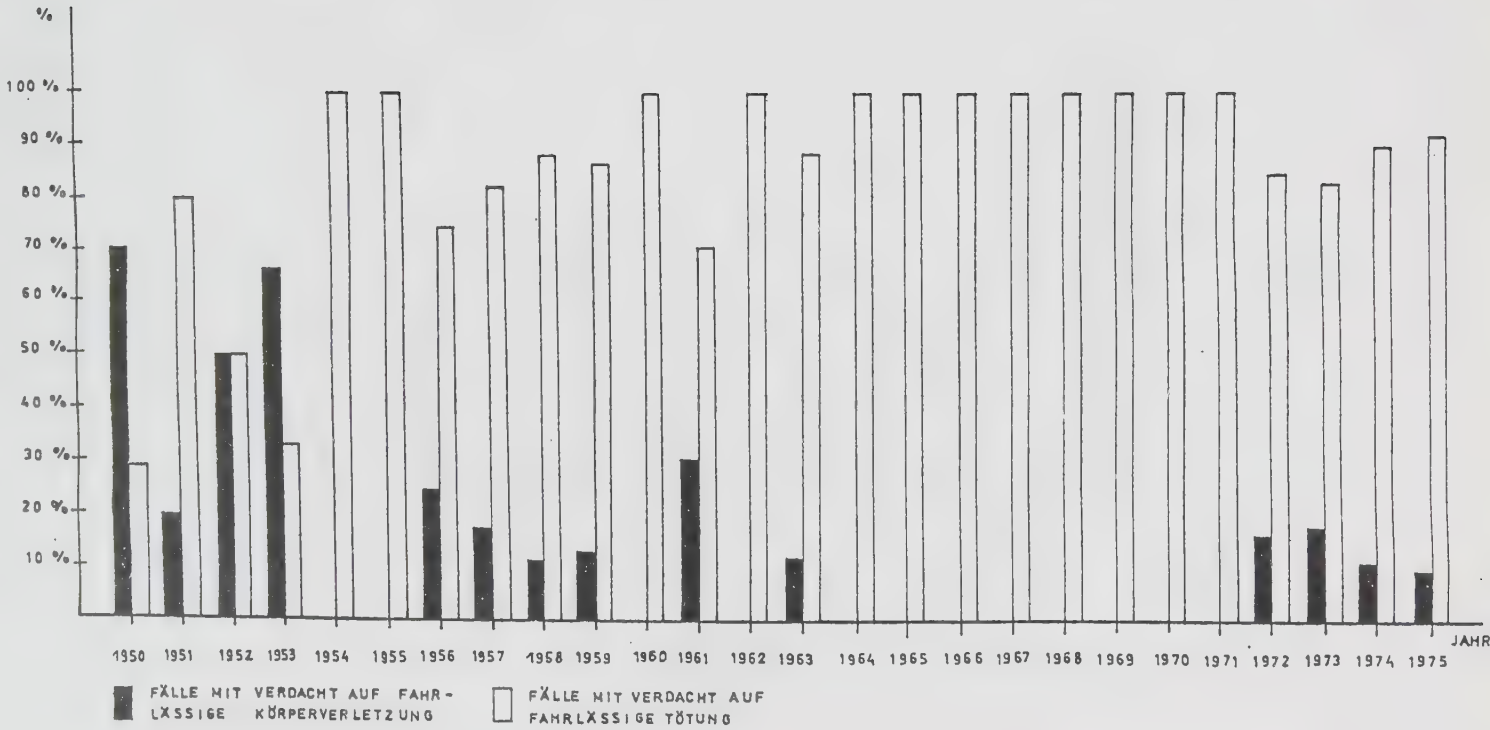
%
100 %
90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %
10 %
1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975
JAHR
FÄLLE MIT VERDACHT AUF FAHRLÄSSIGE KÖRPERVERLETZUNG
FÄLLE MIT VERDACHT AUF FAHRLÄSSIGE TÖTUNG

Tabelle 10

Übersicht über die Beurteilung der Fälle laut Gutachten

Handeln war lege artis bzw. kein Anhalt für ein Verschulden	103
Verschulden nicht erwiesen	41
"Kein Vorwurf der Fahrlässigkeit"	19
"Schuldfrage kann erst nach weiteren Einlassungen bzw. weiteren Gutachten geklärt werden"	15
"Schuld ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit erwiesen"	22
Verschulden bzw. Handeln contra legem artis	21
Gesamtzahl	221

Abb. 2

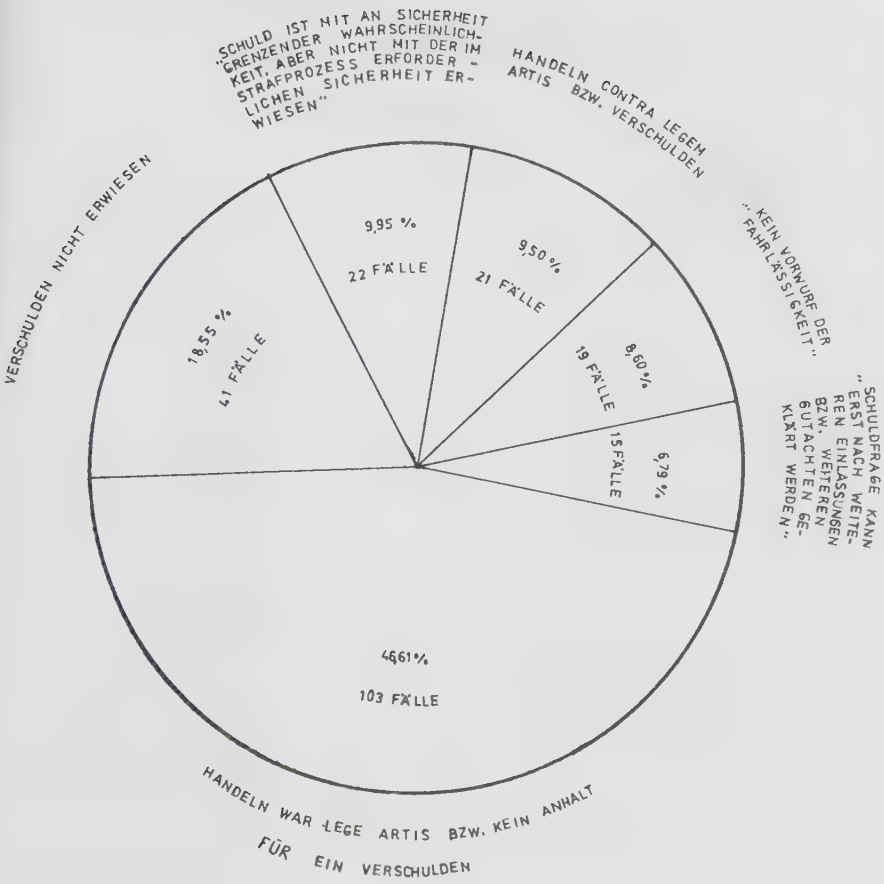
"SCHULD IST MIT AN SICHERHEIT GRENZENDER WAHRSCHEINLICHKEIT, ABER NICHT MIT DER IM STRAFPROZESS ERFORDERLICHEN SICHERHEIT ERWIESEN"
HANDELN CONTRA LEGEM ARTIS BZW. VERSCHULDEN
"KEIN VORWURF DER FAHRLÄSSIGKEIT"
"SCHULDFRAGE KANN ERST NACH WEITEREN EINLASSUNGEN BZW. WEITEREN GUTACHTEN GEKLÄRT WERDEN"
VERSCHULDEN NICHT ERWIESEN
9,95 %
22 FÄLLE
9,50 %
21 FÄLLE
8,60 %
19 FÄLLE
6,79 %
15 FÄLLE
18,55 %
41 FÄLLE
46,61 %
103 FÄLLE
HANDELN WAR LEGE ARTIS BZW. KEIN ANHALT FÜR EIN VERSCHULDEN

Tabelle 11

Übersicht über die Anzahl weiterer Gutachten zu einem Verfahren

Anzahl weiterer Gutachten vom Institut für Rechtsmedizin (ggf. nähere Deklaration)	Fachgutachten	Fachgebiet
1	1	Radiologie
1	1	Pharmakologie
1	1	'Serologie'
1	1	Dermatologie
1	1	Anästhesie
1	1	HNO
1	1	HNO
1	1	HNO
1	1	Gynäkologie
1	1	Gynäkologie
1	1	Chirurgie
1	1	Chirurgie
1	1	nicht zu ermittelndes
1	2	Gynäkologie
1	2	Chirurgie
1	2	Gynäkologie u. Chirurgie
1 (= Obergutachten)	2	Anästhesie u. HNO
1 (= Zusatzgutachten)	2	nicht zu ermittelnde
1 (= Zusatzgutachten)	3	Augenheilkunde, Innere Medizin, Psychiat./Neurol.
1 (= Zusatzgutachten)	3	Chirurgie
2	3	Anästhesie (2 Gutachten und HNO
2		
2		
28 weitere Gutachten vom Institut für Rechtsmedizin in 25 Fällen	32	Fachgutachten in 21 Fällen

Tabelle 12

Übersicht über die Beurteilung der Fälle laut Gutachten mit Zuordnung der jeweils erforderlichen weiteren Gutachten
a) vom Institut für Rechtsmedizin, b) Fachgutachten

	Fälle	Weitere Gutachten		
		a) vom Institut		b) Fachgutachten
Handeln war lege artis bzw. kein Anhalt für ein Verschulden	103	10 x 1 [1] 2 x 2	zusammen 22 Gutachten	3 x 1 1 x 2 1 x 3
Verschulden nicht erwiesen	41	4 x 1	zusammen 9 Gutachten	3 x 1 1 x 2
"Kein Vorwurf der Fahrlässigkeit"	19	3 x 1	zusammen 7 Gutachten	2 x 1 1 x 2
"Schuldfrage kann erst nach weiteren Einlassungen bzw. weiteren Gutachten geklärt werden"	15	-	zusammen 4 Gutachten	2 x 1 1 x 2
"Schuld war mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit erwiesen"	22	2 x 1	zusammen 10 Gutachten	1 x 1 1 x 2 1 x 3
Handeln contra legem artis bzw. Verschulden	21	3 x 1	zusammen 8 Gutachten	1 x 2 1 x 3

[1] 10 x 1 bedeutet, daß in zehn Fällen je ein Gutachten erforderlich war, usw.

Tabelle 13

Darstellung des Verhältnisses Gutachtenzahl/Fallzahl bei den verschiedenen Beurteilungen

	Fälle	Weitere 1) Gutachten	Quotient Gutachten/ Fälle
Handeln war lege artis bzw. kein Anhalt für ein Verschulden	103	22	22/103 oder 0,2
Verschulden nicht erwiesen	41	9	9/41 oder 0,2
"Kein Vorwurf der Fahrlässigkeit"	19	7	7/19 oder 0,4
"Schuldfrage kann erst nach weiteren Einlassungen bzw. weiteren Gutachten geklärt werden"	15	4	4/15 oder 0,3
"Schuld war mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit erwiesen"	22	10	10/22 oder 0,5
Handeln contra legem artis bzw. Verschulden	21	8	8/21 oder 0,4

1) Vgl. Tabelle 12

Zusammenstellung der 21 Fälle, die von den medizinischen Sachverständigen mit "Handeln contra legem artis bzw. Verschulden" beurteilt wurden, verteilt auf die einzelnen Jahre, unter Anführung

a) der schuldhaften Handlung des Beschuldigten
b) des rechtlichen Tatbestands
c) des Fachgebiets bzw. des Krankenhauses

1950 Fall 1, Aktenzeichen des Gutachtens: 5001/50

a) Eingriff war medizinisch nicht indiziert
b) Abtreibung
c) Praktischer Arzt

Fall 2, Aktenzeichen des Gutachtens: 1200/50

a) Eingriff war medizinisch nicht indiziert
b) Abtreibung
c) Praktischer Arzt

1955 Fall 3, Aktenzeichen des Gutachtens: 6703/55

a) Patient mit schwerer Sepsis und Abszeßbildung nach Frischzellinjektionen wurde nicht rechtzeitig richtig behandelt bzw. weiter überwiesen
b) Fahrlässige Tötung
c) Praktischer Arzt

Fall 4, Aktenzeichen des Gutachtens: 5989/55

a) Hausbesuch bei einem Kind wurde erst am übernächsten Tag abends ausgeführt
b) Verletzung der Berufspflicht und fahrlässige Körperverletzung
c) Praktischer Arzt

1957 Fall 5, Aktenzeichen des Gutachtens: 5803/57

a) Hebamme gab bei Schräglage des Kindes hohe Dosis Chinin, dadurch Einriß im Geburtskanal, Verbluten der Mutter

b) Fahrlässige Tötung

c) Hebamme

1960 Fall 6, Aktenzeichen des Gutachtens: 8008/60

a) Infusionsflasche, die unter Überdruck stand, wurde nicht abgeklemmt, als sie leer wurde, Folge: Luftembolie während Narkose

b) Fahrlässige Tötung

c) Anästhesist

1964 Fall 7, Aktenzeichen des Gutachtens: 178/64

a) Luftembolie nach Pertubation mit anschließender Abrasio und nochmaliger Pertubation

b) Fahrlässige Tötung

c) Gynäkologe, Privatklinik

1965 Fall 8, Aktenzeichen des Gutachtens: 2644/65

a) Psychiater gab Kindern hohe Dosen Luminal

b) Tötung

c) Psychiater, Bezirkskrankenhaus

1966 Fall 9, Aktenzeichen des Gutachtens: 70/66

a) Magenausheberung mit 70 %igem Isopropylalkohol anstelle von 5 %igem Äthylalkohol

b) Fahrlässige Tötung

c) Krankenschwester, freies gemeinnütziges Krankenhaus

1966 Fall 10, Aktenzeichen des Gutachtens: 375/66

a) Magenverletzung wurde nicht diagnostiziert, dadurch Übertritt von Speisebrei durch Zwerchfellhernie in die freie Bauchhöhle

b) Fahrlässige Tötung

c) Gefängnisarzt, Gefängniskrankenanstalt

1970 Fall 11, Aktenzeichen des Gutachtens: 7006/70

a) Kind mit Tablettenvergiftung wurde nicht sofort ins Krankenhaus eingewiesen

b) Fahrlässige Tötung

c) Praktischer Arzt

Fall 12, Aktenzeichen des Gutachtens: 7191/70

a) Bei unklaren Beschwerden bei tonsillitisähnlichem Krankheitsbild (Obduktion war nicht erfolgt) wurde von einem HNO-Arzt Hausbesuch unterlassen. Der behandelnde Arzt war unerreichbar.

b) Fahrlässige Tötung

c) Hals-Nasen-Ohren-Arzt

1971 Fall 13, Aktenzeichen des Gutachtens: 7322/71

a) Verbluten nach Tonsillektomie

b) Fahrlässige Tötung

c) Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Privatkrankenhaus

1973 Fall 14, Aktenzeichen des Gutachtens: 7164/73

a) Durchführung einer nichtindizierten Ileumoperation

b) Fahrlässige Körperverletzung (Zivilstreit)

c) Chirurg

1973 Fall 15, Aktenzeichen des Gutachtens: 7027/73

a) Anstatt einer periduralen Injektion wurde eine intralumbale Injektion durchgeführt

b) Fahrlässige Tötung

c) Praktischer Arzt

Fall 16, Aktenzeichen des Gutachtens: 7259/73

a) Verbluten nach Tonsillektomie

b) Fahrlässige Tötung

c) Hals-Nasen-Ohren-Arzt (Privates Krankenhaus)

1974 Fall 17, Aktenzeichen des Gutachtens: 7288/74

a) Eingeklemmter Schenkelbruch wurde nicht diagnostiziert

b) Fahrlässige Tötung

c) Praktischer Arzt

1975 Fall 18, Aktenzeichen des Gutachtens: 7297/75

a) Hypovolämischer Schock bei Schnittentbindung, da zuwenig Blut nachgeführt

b) Fahrlässige Tötung

c) Gynäkologe

Fall 19, Aktenzeichen des Gutachtens: 7286/75

a) Nach Adenektomie Verletzung der Trachea durch Tubus; Folge: Pneumothorax, Hautemphysem. Beides wurde nicht rechtzeitig erkannt

b) Fahrlässige Tötung

c) Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Städtisches Krankenhaus

1975 Fall 20, Aktenzeichen des Gutachtens: 7323/75

a) Ungerechtfertigte Betäubungsmittelverschreibungen

b) Verstoß gegen das Opiumgesetz

c) Praktischer Arzt

Fall 21, Aktenzeichen des Gutachtens: 7426/75

a) Hämolyse durch falsche Bluttransfusion

b) Fahrlässige Tötung

c) keine Angaben

Ergebnis

Die Auftraggeber der Gutachten waren in 220 Fällen Staatsanwaltschaften von Landgerichten oder Oberlandesgerichten, dabei handelte es sich in sieben Fällen um einen Zivilstreit[1].
Ein einziges Gutachten war von Privat in Auftrag gegeben worden, aber keines von einem Versicherungsunternehmen o.ä.

Laut Gutachten waren im untersuchten Zeitraum - 1950 bis 1975 einschließlich - neben 212 Ärzten ein Medizinalassistent, sechs Krankenschwestern, zwei Heilpraktiker und eine Hebamme beschuldigt worden.
Im Falle der angeführten Heilhilfsberufe trugen die Beschuldigten für das in Verdacht stehende Delikt selbst die Verantwortung, wie auch im Falle des Medizinalassistenten.

Die Untersuchung brachte nun zu der Frage, ob die Zahl der Gutachten und damit auch der sog. Kunstfehlerklagen gestiegen seien, folgendes Ergebnis:

Nach Tabelle 1, S. 15, zeigt sich, daß in den Jahren 1950 bis 1970 vom Institut für Rechtsmedizin 111 Gutachten erstellt wurden. Das sind für diesen Zeitraum pro Jahr durchschnittlich 5,3 Gutachten.

Von 1971 bis 1975 fielen insgesamt 110 Gutachten an, das heißt, in den letzten fünf Jahren des untersuchten Zeitraums war die Zahl der Gutachten also beinahe genauso groß wie in den vorausgehenden 21 Jahren.

---

1) In diesen sieben Zivilstreitfällen waren alle Beschuldigten Ärzte.

Durchschnittlich fielen 1971 bis 1975 pro Jahr 22 Gutachten an.
Das ergibt einen Anstieg von Gutachten und damit von Kunstfehlerklagen um das etwa Vierfache.

Was nun die Aufschlüsselung des Fallmaterials nach den verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen betrifft, muß noch einmal ausdrücklich auf die auf Seite 10 erwähnten Vorbehalte bei der Methode hingewiesen werden.

Nach Tabelle 2, S. 17, ergibt sich bei der Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Fachgebiete zunächst eine Dominanz der praktischen Ärzte und des Fachgebiets der Chirurgie; danach folgen die Fachgebiete Innere Medizin und Gynäkologie, des weiteren die Fachgebiete Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Pädiatrie, Anästhesie usw.

Bezieht man jedoch die beschuldigten Ärzte eines bestimmten Fachgebiets auf die Gesamtzahl der Ärzte dieses Fachgebiets - wie aus Tabelle 4, S. 19, ersichtlich - tritt eine erheblich veränderte Reihenfolge zutage, als bei der einfachen Häufigkeitsverteilung.
Nunmehr liegt das Fachgebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde an der Spitze, gefolgt vom Fachgebiet Gynäkologie.
Erst an fünfter Stelle liegt jetzt das Fachgebiet Chirurgie und sogar erst an zwölfter Stelle finden sich jetzt die Praktischen Ärzte.
Auffällig ist die scheinbar geringe Beteiligung der Zahnärzte.

Das vorliegende Fallmaterial ist aber vom Umfang her und schon durch die zugrunde liegende Methode der Verteilung auf die verschiedenen Fachgebiete nicht geeignet für eine eventuelle teststatistische Überprüfung der zum Beispiel etwa ableitbaren Hypothese, daß das Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde das am meisten gefährdetste in Bezug auf Kunstfehlerklagen sei.

Bei der Häufigkeitsverteilung der Fälle auf die verschiedenen Krankenhäuser fiel auf, daß bestimmte Krankenhäuser, in Mittel- oder Kleinstädten, mehrmals - auch im Abstand von Jahren - betroffen waren.

Von 154 Fällen, in denen ein beschuldigter Arzt oder eine beschuldigte Krankenschwester an einem Krankenhaus tätig waren, entfielen 44 auf Städtische Krankenhäuser, 30 auf Kreiskrankenhäuser und je 23 Fälle auf Universitätskliniken und Private Krankenhäuser. In zwölf Fällen war das betreffende Krankenhaus ein freies gemeinnütziges Krankenhaus mit einer kirchlichen oder weltlichen Vereinigung als Träger. Vier Krankenhäuser gehörten Justizvollzugsanstalten an, drei waren Bezirkskrankenhäuser und jeweils eines war ein Versorgungskrankenhaus, ein Zweckverbandskrankenhaus und ein Knappschaftskrankenhaus.

In 12 von 154 Fällen allerdings konnte aus den schon auf Seite 10 erwähnten Gründen unter "Methode", das Krankenhaus nicht näher bestimmt werden.

Die Berechnung der Bettenzahlen pro Fall bei den verschiedenen Krankenhäusern erbrachte auch hier eine Veränderung der Reihenfolge in der Häufigkeitsverteilung, und zwar liegen nun, wie aus Tabelle 7, S. 26 ersichtlich, die privaten Krankenhäuser an der Spitze, mit der geringsten Bettenzahl pro Fall, nämlich 132 Betten pro Fall. Es folgen die Krankenhäuser in Justizvollzugsanstalten mit 144 Betten pro Fall, die freien gemeinnützigen Krankenhäuser mit 217 Betten pro Fall, die Kreiskrankenhäuser mit 237 Betten pro Fall und die Universitätskliniken mit 595 Betten pro Fall. Die Städtischen Krankenhäuser mit immerhin 707 Betten pro Fall rutschten damit auf die vorletzte Stelle der Reihenfolge.

Generell hatten bei den betroffenen Krankenhäusern Bezirkskrankenhäuser, Städtische Krankenhäuser und Universitätskliniken die höchsten Bettenzahlen.

Die während der Untersuchung aufgetauchte Frage, ob in den letzten fünf Jahren des untersuchten Zeitraums, etwa mit dem sprunghaften Anstieg der Gutachtenzahlen im Jahre 1971, die Anklagen wegen Verdacht auf fahrlässige Körperverletzung gegenüber den Anklagen wegen Verdacht auf fahrlässige Tötung zugenommen haben, beantworten Tabelle 11, S. 28 und Abb. 3, S. 29, dahingehend, daß sich an diesem Verhältnis in den letzten fünf Jahren - 1971 bis 1975 - gegenüber den Vorjahren, insgesamt betrachtet, wenig verändert hat.

Von besonderem Interesse, nicht nur vom juristischen Blickpunkt aus betrachtet, könnte der Teil der Untersuchung sein, der sich mit dem Urteil des medizinischen Sachverständigen in den Gutachten beschäftigte: Tabelle 10, S. 30, Abb. 2, S. 31.
In 103 von 221 Gutachten vertraten die Gutachter die Auffassung, daß das Handeln des Arztes lege artis gewesen sei, bzw. daß kein Anhalt für ein Verschulden, auch der nichtärztlichen Beschuldigten, vorgelegen habe.
In 41 Fällen waren die Gutachter der Meinung, daß ein Verschulden nicht nachweisbar sei.
In 19 Fällen fand sich im Gutachten die Beurteilung: "Kein Vorwurf der Fahrlässigkeit" und in 15 Fällen sollte eine endgültige oder weitere Beurteilung durch das Institut für Rechtsmedizin "erst nach weiteren Einlassungen bzw. weiteren Gutachten" erfolgen.
In 22 Fällen war nach Meinung der Gutachter die "Schuld mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit erwiesen" und in 21 Fällen von 221, das sind knapp 10 % (9,5 %), kamen die Gutachter zu der Auffassung, daß ein Verschulden oder Handeln contra legem artis vorgelegen habe.

Diese 21 Fälle sind in einer kurzen Übersicht auf den Seiten 35 bis 39 zusammengestellt.

In vielen Fällen wurden vom Institut für Rechtsmedizin zu einem Fall mehrere Gutachten erstellt und oftmals zusätzlich spezielle Fachgutachten eingeholt.
Tabelle 11, S. 32, zeigt, daß das Institut für Rechtsmedizin in 23 Fällen um ein weiteres Gutachten zu einem Fall ersucht wurde. Vier davon waren Zusatzgutachten, eines war ein Obergutachten. In drei Fällen wurden je zwei weitere Gutachten vom Institut für Rechtsmedizin erstellt.

In 21 Fällen wurden zusätzlich besondere Fachgutachten erforderlich. In fünf Fällen davon wurden je zwei und in drei Fällen je drei zusätzliche Fachgutachten eingeholt.
Die Gutachten betrafen die Fachgebiete Chirurgie (8 Gutachten), Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (5 Gutachten) Gynäkologie (5 Gutachten), Anästhesie (4 Gutachten), 'Serologie' (1 Gutachten), Innere Medizin (1 Gutachten), Psychiatrie/Neurologie (1 Gutachten).

Die meisten vom Institut für Rechtsmedizin erstellten weiteren Gutachten, einschließlich Fachgutachten, waren im Verhältnis zur Anzahl der Fälle - wie Tabelle 13, S. 34, zeigt - bei der Beurteilung: "Schuld mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit erwiesen" zu finden, mit 0,5 weiteren Gutachten pro Fall.
0,4 weitere Gutachten pro Fall sind den Beurteilungen: "Kein Vorwurf der Fahrlässigkeit" und "Handeln war contra legem artis bzw. Verschulden" zuzuordnen.

Bei der Beurteilung: "Schuldfrage kann erst nach weiteren Einlassungen bzw. weiteren Gutachten geklärt werden" ergaben sich 0,3 weitere Gutachten pro Fall und bei den Beurteilungen: "Verschulden nicht erwiesen" und "Handeln war lege artis bzw. kein Anhalt für ein Verschulden" waren je 0,2 weitere Gutachten pro Fall erforderlich.

Die zum Teil wörtlich der Zusammenfassung des Gutachtens entnommenen Formulierungen der Beurteilung der Gutachter dürften großenteils schon in der Fragestellung des gerichtlichen Gutachtenersuchens enthalten sein, aber eigentlich überschreitet der medizinische Gutachter mit anderen Beurteilungen als "Handeln war lege artis bzw. contra legem artis" seine Kompetenz.

Die Feststellung von Schuld ist letztlich Sache des Urteilsspruchs durch den Richter und doch besteht kein Zweifel darüber, daß das Gutachten eine wesentliche Voraussetzung für die richterliche Entscheidung schafft.

Diskussion

Das Ergebnis brachte zu der Frage, ob eine steigende Klagetendenz bei Kunstfehlern zu verzeichnen sei, eine eindeutig positive Antwort, da ein realer Anstieg von Gutachten in den letzten Jahren des untersuchten Zeitraums nachzuweisen war. Dies entsprach ganz den Erwartungen.

Zu der Frage, welche Fachgebiete von den Klagen am häufigsten betroffen waren, dürfte das Ergebnis wegen der zugrunde liegenden Methode, bzw. wegen der Schwierigkeit der Bestimmung des Fachgebiets und der damit verbundenen Fehlermöglichkeiten höchstenfalls als Tendenz zu werten sein.

Zur Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Krankenhäuser läßt sich sagen, daß sich das Ergebnis nur auf die 142 genau bestimmbaren Fälle beziehen kann. Mit einiger Wahrscheinlichkeit würden sich jedoch die restlichen 12 nicht näher bestimmbaren Fälle ähnlich verteilen lassen, da ein systematisches Fehlen diesbezüglicher Angaben in den Gutachten ausscheidet.

Generell ist in Bezug auf eine Wertung der Einzelergebnisse große Vorsicht geboten, da das Zahlenmaterial wohl nicht repräsentativ genug ist, als daß man Rückschlüsse allgemeiner Art aus den Ergebnissen ziehen dürfte. Etwa ableitbare Hypothesen bedürften des exakten Nachweises, der jedoch möglicherweise etwas schwierig zu führen sein dürfte.

Zu den Beurteilungen durch die medizinischen Sachverständigen, ob im Einzelfall ein Verschulden vorlag, wäre unter juristischem Aspekt zu sagen, daß die Gutachter in immerhin 9,5 % der Fälle zu der Auffassung kamen, daß eine Sorgfaltspflichtverletzung oder ein sonstiges Verschulden vorlag.
Aufgrund der Unkenntis der Gerichtsurteile läßt sich leider keine Aussage darüber machen, in wievielen Fällen es überhaupt zu einer Verurteilung kam.

C. v. Brandis und O. Pribilla[1] sprachen in ihrer Untersuchung von einer Verurteilung in drei von 56 strafrechtlichen Verfahren gegen Ärzte, die wegen sorgfaltswidrigen (ärztlichen) Handelns angeklagt waren.
Da in der genannten Untersuchung nur etwa die Hälfte[2] des Untersuchungsmaterials aus Gutachten zu Strafverfahren besteht, während sich die andere Hälfte aus Gutachten zu Haftpflichtprozessen zusammensetzt, ergeben sich kaum Ansatzpunkte zu Vergleichsmöglichkeiten.
Doch scheint eine Betrachtung der Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Fachgebiete zum Vergleich nicht ganz uninteressant, obwohl man, wie oben angeführt, hier nicht von den gleichen Voraussetzungen ausgehen kann, da in der eigenen Untersuchung nahezu das ganze Untersuchungsmaterial[3] aus Gutachten zu Strafverfahren besteht.

---

1) Cordt von Brandis und Otto Pribilla, Arzt und Kunstfehlervorwurf, München 1973

2) in 56 von 114 Fällen

3) 214 von 221 Fällen

Beim Vergleich der eigenen Untersuchung mit der von C. v. Brandis und O. Pribilla[1] zeigt sich bei der Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Fachgebiete eine relative Übereinstimmung in der Rangfolge der ersten vier Fachgebiete.
Bei C. v. Brandis und O. Pribilla[2] lautet die Reihenfolge bei der Häufigkeitsverteilung:
Chirurgen (46 Fälle), praktische Ärzte (26 Fälle), Internisten (20 Fälle), Gynäkologen (10 Fälle), Neurologen (4 Fälle), Orthopäden (3 Fälle), HNO-Ärzte (2 Fälle), Anästhesisten (2 Fälle), Augenärzte (1 Fall).

Die Chirurgen stehen in dieser Untersuchung mit Abstand an der Spitze, allerdings waren davon 27 Fälle zivilrechtlich. Hals-Nasen-Ohren-Ärzte waren nur in 1,7 % der Fälle vertreten, im Vergleich zu 7,8 % der Fälle in der eigenen Untersuchung.

Weitere Vergleiche waren durch den Unterschied im Untersuchungsmaterial und auch von den verschiedenen Punkten der Untersuchung her nicht möglich.
Eine andere Arbeit, außer der von C. v. Brandis und O. Pribilla, lag zum Vergleich nicht vor.

---

1) C. v. Brandis und Otto Pribilla, aaO.

2) C. v. Brandis und Otto Pribilla, aaO.

Wie verschiedentlich aus der Literatur[1] zu entnehmen ist und auch aus der eigenen Untersuchung geschlossen werden darf, wird in Zukunft mit einer weiter steigenden Zahl von Kunstfehlerklagen zu rechnen sein, da ein immer größer werdender Teil von Patienten bei mißlungenem ärztlichen Eingriff Rechenschaft fordert.
Aber eine Situation, wie sie U. Baur[2] und W. Schweisheimer[3] für die USA beschreiben, wo im Staate New York erfolgreiche Kunstfehlerklagen jedes Jahr um ca. 15 % steigen und die Gerichte der Hälfte aller Kunstfehlerklagen stattgeben und Schadensersatzsummen bis zu einer Million Dollar zusprechen, an denen Rechtsanwälte mit sogenannten Erfolgshonoraren bis zu 50 % beteiligt sind, braucht bei uns nicht befürchtet zu werden.
Hierzu fehlen in Deutschland allein die rechtlichen Voraussetzungen.

---

1) Vgl. C. v. Brandis und O. Pribilla, aaO.

Vgl. U. Baur, Der ärztliche Kunstfehler, in: Der Krankenhausarzt, Heft 9, 1975

Vgl. W. Uhlenbruck, Die Haftung des Arztes aus strafrechtlicher Sicht, in: Der medizinische Sachverständige, Nr. 4, 1976

Vgl. W. Stolz, Die Haftung des Arztes aus zivil- und versicherungsrechtlicher Sicht, in: Der Krankenhausarzt, Heft 9, 1975

2) Vgl. U. Baur, Der ärztliche Kunstfehler, aaO.

3) Vgl. W. Schweisheimer, Damoklesschwert über Amerikas Ärzten: Kunstfehlerklagen, in: Berliner Ärzteblatt, S. 867 - 870, 1968, und
W. Schweisheimer, Haftpflichtversicherung überwältigt Ärzte, Berliner Ärzteblatt, S. 1075 - 1078, 1970

Während in den USA ein Schadensersatz schon begründet ist durch den Ursachenzusammenhang zwischen ärztlichem Handeln und eingetretener Schädigung[1], ist bei uns dagegen für die straf- und auch zivilrechtliche Haftung des Arztes zusätzlich ein Verschulden durch Fahrlässigkeit Voraussetzung[2].
Außerdem fallen in den USA Arzthaftungsprozesse unter die Zuständigkeit von Geschworenengerichten, bei denen eine "jury", die ausschließlich aus Laien zusammengesetzt ist, über die Schuldfrage entscheidet[3].
Daß ein Anwalt an Schadensersatzsummen beteiligt wird, mit einem sogenannten Erfolgshonorar, ist bei uns ebenfalls rechtlich unmöglich[4].

---

1) Vgl. U. Baur, aaO.

2) Vgl. Einleitung

3) Vgl. W. Uhlenbruck, aaO.

4) Vgl. U. Baur, aaO.

Zusammenfassung

Anhand von Gutachten zu Kunstfehlerverfahren aus den Jahren 1950 bis 1975, des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München, sollte die vorliegende Arbeit den vielfachen Verdacht bestätigen, daß eine Zunahme von Kunstfehlerverfahren zu beobachten sei. Auch in welchem Umfang eine solche Zunahme zu verzeichnen sei sollte herausgefunden werden und welche Fachgebiete hauptsächlich von den Klagen betroffen seien. Darüberhinaus konnte gezeigt werden, welche Krankenhäuser mit welcher Häufigkeit beteiligt waren und zu welchen Beurteilungen die medizinischen Sachverständigen, laut Gutachten, am häufigsten gelangten.

Die Auswertung von 221 Gutachten brachte als Ergebnis eine steigende Zunahme von Gutachten- und damit von Kunstfenlerverfahren - ab dem Jahre 1971 bis 1975 um das drei- bis siebenfache pro Jahr, gegenüber den Jahren 1950 bis 1970.

Eine Häufigkeitsverteilung der Fälle auf die verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen ergab eine Beteiligung

von praktischen Ärzten zu	19,91 %	
des Fachgebiets Chirurgie zu	18,55 %	
des Fachgebiets Innere Medizin zu	15,84 %	
des Fachgebiets Gynäkologie zu	12,67 %	
des Fachgebiets HNO zu	7,69 %	
des Fachgebiets Pädiatrie zu	7,25 %	
des Fachgebiets Anästhesie zu	2,71 %	
und des Fachgebiets Neurologie zu	1,81 %	der Gesamtzahl der Fälle.

Bei Beziehung der Zahl der beschuldigten Ärzte eines Fachgebiets auf die Gesamtzahl der Ärzte dieses Fachgebiets, unter Zuhilfenahme einer Statistik[1], wobei sich jeweils beide Verhältniszahlen auf Ärzte bezogen, die am Krankenhaus tätig sind, ergab sich eine völlig veränderte Reihenfolge der betroffenen Fachgebiete, mit abnehmender Häufigkeit von oben nach unten:

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1,5 %
Gynäkologie	0,93 %
Urologie	0,43 %
Anästhesie	0,41 %
Chirurgie	0,37 %
Pädiatrie	0,35 %
Innere Medizin	0,33 %
Neurologie	0,10 % .

Das Verhältnis beschuldigter praktischer Ärzte zur Gesamtzahl der praktischen Ärzte betrug 0,03 %.

---

1) "Jahresgesundheitsbericht" des Bayerischen Statistischen Landesamtes der betreffenden Jahre

Eine Häufigkeitsverteilung auf die verschiedenen Krankenhäuser ergab eine Beteiligung der

Städtischen Krankenhäuser zu	28,57 %	
der Kreiskrankenhäuser zu	19,48 %	
der Universitätskliniken und privaten Krankenhäuser zu je	14,94 %	
der freien gemeinnützigen Krankenhäuser zu	7,79 %	
der Krankenhäuser in Justizvollzugsanstalten zu	2,6 %	
und der Bezirkskrankenhäuser zu	1,95 %	der Gesamtzahl der Fälle.

Die Miteinbeziehung der Bettenzahlen und damit der Größe der Krankenhäuser, veränderte die Reihenfolge der betroffenen Krankenhäuser in folgender Weise, mit abnehmender Häufigkeit von oben nach unten:

Private Krankenhäuser	132 Betten pro Fall
Krankenhäuser in Justizvollzugsanstalten	144 Betten pro Fall
freie gemeinnützige Krankenhäuser	217 Betten pro Fall
Kreiskrankenhäuser	237 Betten pro Fall
Universitätskliniken	595 Betten pro Fall
Städtische Krankenhäuser	707 Betten pro Fall
Bezirkskrankenhäuser	2900 Betten pro Fall .

Eine Zunahme von Klagen wegen fahrlässiger Körperverletzung gegenüber solchen wegen fahrlässiger Tötung war nicht zu verzeichnen.

Die Beurteilungen der medizinischen Sachverständigen in 73,76 % der Fälle lauteten:

a) ein Verschulden liege nicht vor bzw. das Handeln des Arztes sei lege artis (46,61 %)
b) ein Vorwurf der Fahrlässigkeit sei nicht zu erheben (8,60 %)
c) ein Verschulden sei nicht nachweisbar (18,55 %).

In 9,95 % der Fälle gelangten die Gutachter zu der Auffassung, daß eine Schuld mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit erwiesen sei und in 9,5 % der gesamten Fälle, daß ein Handeln contra legem artis bzw. ein Verschulden vorliege.
In 6,79 % der Fälle waren die Gutachter der Meinung, daß die Schuldfrage erst nach weiteren Einlassungen bzw. weiteren Gutachten geklärt werden könne.

Weitere nicht gleichermaßen wesentliche Ergebnisse der Untersuchung können den Tabellen und Übersichten auf den Seiten 15 bis 39 entnommen werden.

Eine Wertung der Untersuchungsergebnisse erfährt eine Einschränkung dadurch, daß das Zahlenmaterial nicht als repräsentativ gelten kann und durch die nicht exakt mögliche Bestimmbarkeit der ärztlichen Fachrichtungen und der Krankenhäuser, da Angaben hierüber in den Gutachten häufig fehlten oder unvollständig waren (denn das Gutachten setzt die Kenntnis des ganzen Gerichtsaktes voraus).

Ein Vergleich mit der Arbeit von C. v. Brandis und O. Pribilla[1] jedoch ergab eine relative Übereinstimmung der ersten vier am häufigsten betroffenen ärztlichen Fachrichtungen.

Obwohl aufgrund des Untersuchungsergebnisses mit einer steigenden Zahl von Kunstfehlerklagen in Zukunft zu rechnen sein dürfte, braucht eine Entwicklung wie sie in den USA zu beobachten ist, hier in Deutschland nicht befürchtet zu werden, allein schon weil es an den rechtlichen Voraussetzungen hierzu fehlt.

---

1) C. v. Brandis und O. Pribilla, Arzt und Kunstfehlervorwurf, München 1973

Literaturverzeichnis

U. BAUR,	Der ärztliche Kunstfehler, in: Der Krankenhausarzt, Heft 9, 1975
P. BOCKELMANN,	Das Strafrecht des Arztes, Stuttgart 1968
J. BODAMER,	Arzt und Patient, Freiburg 1962
C. v. BRANDIS und O. PRIBILLA,	Arzt und Kunstfehlervorwurf, München 1973
W. DUNZ,	Zur Praxis der zivilrechtlichen Arzthaftung, Karlsruhe 1974
D. EBERHARDT,	Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ärztliche Aufklärungspflicht im Zivilrecht Frankreichs und Deutschlands, Karlsruhe 1968
A. FINZEN,	Arzt, Patient und Gesellschaft, Stuttgart 1969
W. HALLERMANN,	Zwischenfälle und Kunstfehler im Krankenhaus, in: Der Internist, Nr. 6, 1965
W. HALLERMANN,	Operationsrecht und ärztlicher Kunstfehler, in: Hefte zur Unfallheilkunde, Beiheft 60, 1959
J. F. KOPP,	Der Arzt im kosmischen Zeitalter, Luzern-München 1964
A. MERGEN,	Die juristische Problematik in der Medizin, Band I, II und III, München 1971
B. MUELLER und K. WALCKER,	Gerichtliche und soziale Medizin, München-Berlin 1944, zitiert nach W. Spann, Rechts- und Standesfragen des Arztes, München 1962
A. PONSOLD,	Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Stuttgart 1967
O. PRIBILLA,	Der Tod in der Narkose, in: Der Anästhesist, S. 344, 1964
L. SCHLEYER,	Grundsätze der straf- und zivilrechtlichen Haftung des Arztes, in: Neue Zeitung ärztlicher Fortbildung, Nr. 48, 1959

Eb. SCHMIDT,	Der Arzt im Strafrecht, in: PONSOLD, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 2. Auflage, Stuttgart 1957
Eb. SCHMIDT,	Besuchspflicht des Arztes unter strafrechtlichen Gesichtspunkten, in: Recht und Zeit, Heidelberg 1949
W. SCHWEISHEIMER,	Damoklesschwert über Amerikas Ärzten: Kunstfehlerklagen, in: Berliner Ärzteblatt, S. 867 - 870, 1968
W. SCHWEISHEIMER,	Haftpflichtversicherung überwältigt Ärzte, in: Berliner Ärzteblatt, S. 1075 - 1078, 1970
W. SPANN,	Rechts- und Standesfragen des Arztes, München 1962
W. SPANN und E. LIEBHARDT,	Ärztliche Rechts- und Standeskunde, in: W. SCHWERD, Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin, Köln-Lövenich 1975
W. STOLZ,	Die Haftung des Arztes aus zivil- und versicherungsrechtlicher Sicht, in: Der medizinische Sachverständige, Nr. 4, 1976
W. UHLENBRUCK,	Die Haftung des Arztes aus strafrechtlicher Sicht, in: Der Krankenhausarzt, Heft 9, 1975
R. VIRCHOW,	Kunstfehler der Ärzte, Ges. Abhandlungen auf dem Gebiet der öffentlichen Medizin, Band II, Berlin 1879
W. WACHSMUTH,	Zur Begriffsbestimmung und Problematik des sog. Kunstfehlers, in: Der Krankenhausarzt, Heft 9, 1975
--	--
RGSt Band 67, Seite 12	Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen, zitiert nach W. SPANN, Rechts- und Standesfragen des Arztes, München 1962

Verwendete Statistiken: "Verzeichnis der Krankenhäuser in Bayern", Stand 31. 12. 1974, des Bayerischen Statistischen Landesamtes

"Jahresgesundheitsberichte" des Bayerischen Statistischen Landesamtes aus den Jahren 1950 bis 1975

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. E. Liebhardt für die Überlassung des Themas und die Anregungen zu dieser Arbeit.

Lebenslauf

Name: Renate Neumaier

Geboren: 16. Juli 1948 in München

Vater: Stefan Johannes Neumaier, Produktionsmeister

Mutter: Luise Neumaier, geb. König

1954 bis 1958	Volksschule Eching
1958 bis 1964	Mädchenoberrealschule Freising Zeugnis der mittleren Reife
1964 bis 1966	Handelsschule
1966 bis 1971	Kaufmännische Tätigkeit bei verschiedenen Firmen in München
13. Okt. 1971	"Begabtenabitur" am Bayerischen Ministerium für Unterricht und Kultus (Prüfung für die Zulassung zum Hochschulstudium ohne Reifezeugnis)
Sommersemester 1972	Zulassung zum Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
Sommersemester 1974	Ärztliche Vorprüfung
Sommersemester 1975	Abschnitt I der Ärztlichen Prüfung
Sommersemester 1977	Abschnitt II der Ärztlichen Prüfung
Wintersemester 1978/1979	Abschnitt III der Ärztlichen Prüfung